

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 37

LES
CALCULS VÉSICAUX SECONDAIRES
A LA PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Ferdinand-François BITTORÉ

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord), le 21 mars 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	{	Président.
		CHAVANNAZ, professeur		Juges.
		JEANNENEY, agrégé		
		AUBERTIN, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 37

LES

CALCULS VÉSICAUX SECONDAIRES

A LA PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Ferdinand-François BITTORÉ

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord), le 21 mars 1908.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		CHAVANNAZ, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		AUBERTIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZES.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique..... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'o-o-rhino-laryngologie..... PORTMANN
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... GREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... CABANNES.	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Hommage de ma très profonde reconnaissance pour tout le dévouement dont ils ont fait preuve à mon égard.

A MON ONCLE

MONSIEUR FERDINAND CONAN

Juge de paix honoraire.

Faible témoignage de mon affection.

A MON FRERE ET A MA SOEUR

A MES ONCLES, TANTES ET PARENTS

A TOUS MÈS AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHARPENTIER

Il nous a toujours accueilli avec bienveillance, nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre profond respect.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0018

AVANT-PROPOS

Nous voici parvenu au terme de nos études médicales, et ce n'est pas sans mélancolie que nous voyons se terminer notre vie d'étudiant, que nous avons crue sans fin.

Au cours de ces études, nous avons contracté des obligations, et c'est pour nous un devoir très agréable d'exprimer notre gratitude à nos parents, maîtres et amis qui nous ont témoigné quelque intérêt.

Notre reconnaissance va tout d'abord à notre père et à notre mère. Ce sont eux qui nous ont encouragé et soutenu dans la carrière médicale : c'est à eux plus particulièrement que nous dédions ce modeste travail.

M. le Professeur Duvergey a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous le prions respectueusement d'accepter tous nos remerciements.

LES

CALCULS VÉSICAUX SECONDAIRES

A LA PROSTATECTOMIE

HISTORIQUE

La prostatectomie n'est pas une opération de date récente, il faut remonter à 1836 et aux travaux d'Amussat, qui préconise l'extirpation de l'obstacle prostatique dans les cas de rétention d'urine. En 1839, on pratique la résection partielle de la prostate, mais on s'arrête dans cette voie, car l'infection et les hémorragies étaient nombreuses. Les Américains préconisent les premiers la prostatectomie périnéale. Harrison la pratique le premier, en 1881, prostatectomie partielle, puis totale, à partir de 1898. La prostatectomie hypogastrique supplante bientôt sa rivale; d'abord partielle, elle est préconisée par Freyer en 1902 et détrône la prostatectomie périnéale.

Quant à la calculose secondaire à la prostatectomie, elle est signalée dans maintes observations, dans les résultats éloignés de la prostatectomie et dans les statistiques des chirurgiens des voies urinaires.

C'est Pousson, de Bordeaux, qui en parle un des premiers à la Société de chirurgie de Bordeaux, le 12 juillet 1899. Dans

un rapport intitulé « *De la prostatotomie et de la prostatectomie* », il cite deux observations de calculs que nous reproduisons. Proust, en 1904, à l'Association française d'urologie, parle des indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. En 1908, Cathelin, dans le *Journal des praticiens*, parle de deux malades calculeux prostatectomisés.

Le Docteur Cautermaun dit à l'Association médico-chirurgicale d'Anvers, le 18 juin 1909, que dans sa statistique de prostatectomisés il a constaté la formation de calculs secondaires chez deux malades.

En 1911, au Congrès d'urologie, une séance spéciale est consacrée à l'étude des résultats éloignés de la prostatectomie.

Ertzbischoff relate 30 cas de récidives de calculs. Marion a observé des concrétions calcaires dans la muqueuse de l'orifice séparant la vessie de la cavité prostatique. Gosner cite le cas d'un calculeux avant l'opération qui fit une récurrence deux ans après.

Heresco a également observé des calculs postopératoires. Bernard Ward, alors que 20 p. 100 de ses prostatiques étaient des calculeux, n'a observé que deux récidivés de calculs dans la vessie et un dans la cavité prostatique.

Le Professeur Legueu a observé également quelques cas de calculs secondaires malgré la parfaite évacuation de la vessie.

Thévenot signale six récidives de calculs, un de ses opérés dut subir une lithotritie quatorze mois après l'opération, puis une deuxième cinq mois plus tard.

Pasquereau cite un cas de récurrence de calcul dans la loge prostatique.

Pour Pousson, en 1920, les calculs opératoires semblent l'apanage de la prostatectomie sus-pubienne. Des concrétions calcaires peuvent aussi se développer dans la cavité d'énucléation. Très rares dans la périnéale, ces concrétions s'observent surtout après l'hypogastrique.

ETIOLOGIE PATHOGENIE

Il ne faudrait pas conclure d'après le titre de cette thèse que les calculs vésicaux sont la conséquence de la prostatectomie. Ce fait est très rare, et Proust nous dit, en parlant des résultats éloignés de la prostatectomie : « Lorsqu'on a étudié les observations longtemps suivies de malades prostatectomisés, on voit signalés quelques calculs secondaires; je ne crois pas qu'il faille les mettre à l'actif de la prostatectomie, et je suis plutôt tenté de dire que la prostatectomie, en supprimant les bas-fonds vésicaux, supprime la cause habituelle des calculs secondaires. »

Nous diviserons les causes de cette lithiase en :

- 1° Causes générales;
- 2° Causes spéciales.

1° CAUSES GÉNÉRALES. — La première cause est l'âge : les opérés sont des vieillards dont la force de résistance aux germes est fortement diminuée; les excès de toutes sortes et le surmenage peuvent prédisposer à la lithiase.

La seconde cause est la stagnation de l'urine. Après l'opération, il se forme une large communication entre la vessie et une cavité sous-jacente à la vessie. S'il ne se forme pas un urètre nouveau, nous aurons formation de poches favorisant la rétention de l'urine.

Mais les causes précédentes, quoique très importantes, ne sont que des causes prédisposantes. Une cause est absolument nécessaire, c'est l'infection. La lithiase secondaire est une lithiase due à l'infection.

Cette infection peut être antérieure ou postérieure à l'opération.

Les opérés étaient des malades soumis avant l'opération à des cathétérismes fréquents, étant en rétention, et, malgré toute l'asepsie qu'on puisse apporter à ce cathétérisme, on fait pénétrer des germes morbides, trouvant un milieu propice pour leur développement.

D'ailleurs, il faut remarquer que beaucoup de prostatectomisés faisaient de la lithiase avant leur opération. Loumeau, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, en 1912, en parle. D'après Pousson, ce fait existe dans la majorité des cas. Il faut alors chercher l'origine de ces calculs dans une infection antérieure.

L'opération ouvre grande la porte à l'air et aux germes : la plaie fermée, l'opéré est obligé de recourir pendant un certain temps aux cathétérismes et aux lavages vésicaux, autant d'occasions et de facilités qu'a le microbe de s'établir dans la place.

2° CAUSES SPÉCIALES. — Ce sont la persistance de débris prostatiques après l'opération, la présence dans la vessie de caillots sanguins, de débris de compresses ou de fil de soie, donnant naissance au noyau d'origine du calcul.

L'altération de l'urine faisant le deuxième facteur, nous aurons les deux conditions pour la formation d'un calcul.

Il est un fait bien établi : c'est que tout calcul débute par un noyau d'origine. On peut s'en rendre compte à la coupe et le trouver au centre du calcul, à moins qu'il ne se soit résorbé, et, dans ce cas, on trouvera une cavité au centre du calcul.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le nombre des calculs est assez variable. Habituellement, on en trouve un; parfois on en trouve deux ou trois; on peut en rencontrer de très nombreux, mais sous forme de fines poussières.

La grosseur est fonction du nombre; plus y a de calculs, moins ils sont gros. Ils peuvent atteindre la grosseur d'une noix, comme dans l'observation de Pousson.

L'aspect en est souvent grisâtre et ils peuvent prendre toutes les formes : cubiques, prismatiques, en bouton de chemise ou en sablier.

Au point de vue constitution, les calculs secondaires sont des calculs phosphatiques ou carbonatés. Ceci n'a rien d'étonnant, les calculs oxaliques et uriques étant des calculs primitifs.

Ils sont friables, et, à la coupe, présentent des couches stratifiées englobant un noyau central, tel que fil de soie, caillot sanguin ou cellule épithéliale.

SYMPTOMATOLOGIE

La lithiase secondaire se manifeste par des signes frustes se superposant aux signes de cystite chronique coexistant avec elle.

Pour en faire le diagnostic, il faudrait quelquefois se baser sur peu de signes, et quelquefois sur un seul.

Nous diviserons la symptomatologie en :

- Signes locaux;
- Signes généraux;
- Signes physiques.

SIGNES LOCAUX. — Le plus important des symptômes est la pollakiurie. Beaucoup plus diurne que nocturne, c'est une pollakiurie d'inflammation et le malade peut atteindre jusqu'à soixante mictions, et quelquefois plus, par jour.

Le signe le plus constant serait la douleur, douleur augmentée par le mouvement et calmée par le repos; beaucoup plus forte quand la vessie est à l'état de réplétion qu'à l'état de vacuité. Malgré tout, dans ce dernier état, il reste presque toujours un résidu d'urine permettant à la pierre de s'isoler de la paroi vésicale.

Cette douleur est lancinante, avec irradiations le long de l'urètre jusqu'au gland; elle se transmet souvent à l'anus, où elle provoque du ténésme rectal insupportable. Cette douleur n'est pas proportionnelle à la grosseur de la pierre, mais serait plutôt en rapport avec le degré de cystite coexistante.

Un signe inconstant mais ayant une grosse importance

quand il existe, c'est l'hématurie. Hématuries apparaissant à la fin de la miction sous forme de sang pur, elles sont, en général, de durée très courte et cessent par le repos.

Les urines sont troubles : mises dans un verre, elles laissent déposer un sédiment de pus surmonté d'un liquide limpide, si l'infection est uniquement vésicale, ou trouble, si l'infection est généralisée, elles forment alors « les urines troubles de Guyon ».

SIGNES GÉNÉRAUX. — Signent le retentissement de l'infection sur l'organisme.

Presque toujours, on rencontre de la fièvre, surtout marquée le soir, et un pouls plus rapide. Les malades présentent la « dysphagie buccale » : langue sèche, salive rare et avec enduit gluant tapissant la bouche.

SIGNES PHYSIQUES. — Pour établir le diagnostic, il sera nécessaire d'avoir recours à ces signes physiques. On fera d'abord au malade un toucher rectal; la prostate étant extirpée, on explore directement la vessie.

Le cathétérisme explorateur donne des signes de la plus grande importance. Il se fait à l'aide d'un cathéter métallique. A l'aide de cet instrument, les calculs donneront la sensation d'obstacles pouvant se déplacer et pouvant être percutés.

Certains calculs pourront échapper à ce mode d'investigation car trop petits, trop mous ou englobés.

Guyon donne deux signes caractéristiques des calculs phosphatiques.

Quand on cathétérise un malade avec une sonde en gomme :

a) le malade accuse une douleur plus ou moins vive au moment où l'on retire la sonde, un peu avant que son extrémité profonde soit ramenée dans la région prostatique de l'urètre;

b) le chirurgien perçoit une sensation de frottement rugueux, transmise à travers l'instrument à la main qui en tient le pavillon et à l'instant précis où l'on commence à le retirer.

Ces signes sont dus à l'application directe du bout pro-

fond de la sonde sur le calcul en contact avec les parois de la vessie évacuée, et dont le retrait amène la mobilisation.

La cystoscopie donne de bons résultats, mais elle devra être pratiquée avec la plus grande aseptie. Il faudra opérer sans irriter l'urètre avec des cystoscopes de calibres appropriés et lui imprimer le moins de mouvement possible.

La radiographie nous sera d'un grand secours : elle pourra nous donner des renseignements sur la place exacte du calcul; nous verrons, à propos du traitement, que cette situation nous sera très utile à connaître pour le choix de l'intervention.

Les calculs phosphatiques sont très visibles à la radiographie, alors qu'au contraire les calculs uriques sont transparents aux rayons X.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le pronostic est en rapport avec le choix de l'intervention, et suivant que l'on intervient ou non chirurgicalement. Un calculieux abandonné sans traitement verra tous les signes de sa lithiase amplifier, les douleurs deviendront insupportables, des mictions de plus en plus nombreuses et les hématuries plus fortes.

Le caractère s'agrit, le malade maigrit et finit dans l'urémie.

Traité chirurgicalement, le malade voit son état s'amender et les symptômes de calculose disparaître. Très souvent, ces calculs sont récidivants. C'est ainsi que Thomson Walker rapporte le cas d'un prostatectomisé infecté et calculieux et qui le demeura jusqu'au jour où l'on s'aperçut que son pus venait du rein. Après néphrectomie, l'infection disparut et les calculs ne se formèrent plus.

La prophylaxie de cette complication postopératoire, étant données les conditions où elle se produit, peut se formuler ainsi : nécessité de vérifier après chaque prostatectomie la région opératoire, par le palper et le massage bimanuels, déjà recommandés par Freyer pour l'hémostase de la loge, et s'assurer qu'aucun noyau adénomateux ne reste en place ; utilité de continuer le traitement local de lavages et d'instillations jusqu'à disparition complète du trouble des urines, en même temps que l'administration de l'urotropine à la dose de 2 grammes par jour.

Pour ce qui est du traitement curatif, deux procédés, deux méthodes, se présentent au chirurgien : la lithotritie et la taille. Laquelle choisir ?

Les deux ont leurs indications et leurs avantages et comptent de nombreux succès à leur actif. La lithotritie a pour elle d'employer la voie naturelle : la voie urétrale; elle n'est pas sanglante et ne traumatise pas le malade. Les calculs secondaires étant des calculs phosphatiques très friables, leur constitution plaide en faveur de la lithotritie, le broiement en est aisé et l'évacuation bien assurée.

La lithotritie a contre elle de prédisposer aux récidives en abandonnant dans la vessie de fines poussières pouvant donner naissance à de nouveaux calculs. Ceci est vrai, mais il est aisé de refaire de nouvelles séances de lithotrities ne traumatisant pas les voies urinaires.

La taille a contre elle d'être une opération sanglante suivie de shok et, très souvent, de fistules. Ce n'est pas une opération bénigne puisqu'elle peut entraîner la mort, mort trouvant son explication dans des embolies originaires de la région opérée. Nous avons relevé un tableau d'Axenfeld où il donne le pourcentage de mortalité dans 600 cas de calculs vésicaux traités par la taille ou la lithotritie.

Taille latérale, 35 fois = mortalité, 8,5 p. 100;

Taille périnéale, 38 fois = mortalité, 5,2 p. 100;

Taille hypogastrique, 460 fois = mortalité, 3,6 p. 100;

Lithotritie, 14 fois = mortalité, 0 p. 100.

Pour Minet, l'opérabilité par lithotritie est presque illimitée et peut être acceptée comme une règle, mais les conditions spéciales au prostatectomisé et des raisons d'ordre anatomique rendent chez lui la lithotritie plus difficile, et quelquefois impossible.

Les particularités consécutives à la prostatectomie sont :

- 1° un rétrécissement de la portion membraneuse de l'urètre;
- 2° cloisonnement intervésico-prostatique;
- 3° fistule hypogastrique.

Le rétrécissement membraneux est rarement observé; dans le cas de fistule hypogastrique, sans contre-indiquer formellement la lithotritie, on fera une extraction suspubienne du calcul.

Le cloisonnement intervésico-prostatique est plus important, dans le cas d'une communication large, tout se passe comme s'il s'agissait d'une seule cavité : le calcul, s'il n'est pas trop gros, pourra passer de l'une dans l'autre; on pourra faire une lithotritie, toutefois en prenant la précaution de ne pas laisser de fragments dans la loge prostatique.

Si la communication entre la vessie et la prostate est étroite, le calcul peut, dans ce cas, occuper trois positions : il est soit vésical, soit urétroprostatique, soit en sablier.

Si la pierre est vésicale, on fera une lithotritie vulgaire, comme si l'on opérerait sur un non prostatectomisé. Si la pierre est urétro-prostatique, elle est enclavée. Il faut la traiter par la taille; la voie suspubienne permet d'examiner la cloison et d'y faire une brèche.

Si le calcul est en sablier, d'après Minet, la lithotritie est indiquée, car il peut être refoulé vers la vessie, mais il faudra se méfier de la loge urétro-prostatique, où pourront stagner les fragments.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Prise dans le Service du Professeur DUVERGEY.)

V... (J.), 66 ans. Présente dans ses antécédents un chancre en 1922. Rentre à l'Hôpital du Tondu en mars 1926 car il présente depuis un an des signes de prostatisme.

Il n'a jamais eu de rétention et jamais d'hématurie. Le malade présentait, avant son arrivée à l'hôpital, une polyurie intense, et les mictions se répétaient toutes les dix minutes environ.

Le malade a été sondé pendant deux jours, et au toucher rectal on perçoit un adénome.

La cystoscopie est pratiquée et révèle chez Jean V... un calcul vésical.

Le professeur Duvergey lui fait une prostatectomie le 10 mars 1926, et le malade sort guéri de l'hôpital en février.

En octobre 1927, le malade présente à nouveau des signes de calculose, diagnostic contrôlé par la radiographie et la cystoscopie.

Une cystostomie est pratiquée le 9 novembre 1927 par le Professeur Duvergey, opération permettant l'extirpation d'un calcul vésical.

En décembre 1928, nouvelle récurrence de calculs; une lithotritie est pratiquée le 12 décembre 1928; le malade veut alors sortir de l'hôpital, mais accepte, le 19 juin, une cystostomie.

OBSERVATION II.

(Prise dans le Service du Professeur DUVERGEY.)

D..., 61 ans. Une lithotritie fut pratiquée le 22 juin 1923, à l'Hôpital Saint-André, pour calcul de la vessie. Opération faite sous rachianesthésie.

En septembre 1924, le malade présente des urines très sales et sanglantes; une sonde est posée à demeure et une légère amélioration se produit.

Une cystoscopie est faite et le diagnostic de petit adénome prostatique posé. Une cystostomie est pratiquée, permettant la découverte de nombreux calculs; la prostatectomie est alors différée, car le malade présente de l'œdème très marqué du scrotum et des bourses.

L'opération est faite le 23 octobre 1924. Les suites de la prostatectomie au Kélène sont normales, mais le malade présente un rétrécissement marqué. Le malade sort de l'hôpital guéri le 27 novembre 1924.

En janvier 1925, le malade présente à nouveau des signes de lithiase, et un gros calcul lui est extirpé le 19 février 1925.

OBSERVATION III.

(LOUNNEAU, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,
6 mars 1914.)

L... présente un énorme adénome prostatique enlevé par l'opération de Freyer à un malade âgé de 73 ans, réfectionniste depuis plusieurs années. Ce malade avait été récemment victime d'une fausse route rendant tout cathétérisme impossible et nécessitant depuis quatre jours une ponction hypogastrique matin et soir quand il fut transporté en automobile de Cognac à Bordeaux, le 5 mai 1912.

La vessie remontait chez lui jusqu'à l'ombilic au moment de

son arrivée et le canal n'admettait aucune sonde. La taille sus-pubienne, pratiquée d'urgence, permit d'extraire un calcul gros comme une châtaigne caché dans un profond sinus rétroprostatique et une grosse hypertrophie de la prostate qui fut énucléée en un bloc. Une fistule vésico-hypogastrique s'ensuivit, mit trois mois à guérir, et se compliqua, un mois après sa fermeture spontanée, d'une cystite douloureuse pour laquelle est pratiquée, le 10 septembre, une deuxième cystostomie. Celle-ci dévoila la présence d'un calcul phosphatique du volume d'une noix développé autour d'un produit fibreux qui, à l'examen, parut être un fragment de tissu déchiqueté lors de l'opération. Fistule vésicale pendant deux mois, puis guérison complète et définitive.

OBSERVATION IV.

(Docteur PERRIN, Paris.)

A... (B.), 73 ans, souffre depuis 1910 de prostatisme avec rétention incomplète et crises de rétention complète.

En avril 1918, taille hypogastrique et ablation de calculs; puis, de nouveau, aggravation; les mictions sont fréquentes et hématuriques. En mars 1920, ablation par l'hypogastre de calculs et d'un adénome.

L'hypogastre est fermé en un mois. Le malade sort de l'hôpital guéri. Il vient consulter le 4 mai 1924 parce qu'il souffre depuis six mois en urinant. Ses mictions sont sanglantes, fréquentes; à certains moments, le malade est obligé de pisser toutes les dix minutes.

A l'examen, le jet est de faible puissance, les urines sont troubles, légèrement sanglantes. On ne sent rien au toucher prostatique. Résidu insignifiant de 10 centimètres cubes. La capacité vésicale est de 375 cc.

Le cystoscope pénètre assez facilement en ramenant la verge vers le périnée et en inclinant légèrement le bec latéralement. La vessie est à colonnes; il y a des lésions de cystite peu accentuées; à droite, au-dessus de l'orifice urétéral, on voit l'orifice d'un diver-

ticule. Les orifices urétéraux sont normaux; dans la région du bas-fond, on voit un calcul blanchâtre, assez gros, paraissant phosphatique. Rien de particulier au col vésical.

OBSERVATION V.

(De Pousson, de Bordeaux.)

Malade prostatique depuis plus de dix ans, atteint de cystite chronique, avec urines ammoniacales, striées de sang, et présentant dans la vessie, outre le contact d'un calcul phosphatique, une saillie de la prostate de plus de 2 centimètres et un énorme bas-fond. Taille sus-pubienne; extraction d'un calcul secondaire du volume d'une noix et de deux petits calculs en forme de graine de melon; résection d'un volumineux lobe glandulaire recouvrant le bas-fond comme un opercule. Amélioration pendant quelques mois au point de vue douleurs, pollakiurie, pyurie, fièvre; mais le malade fut obligé de se sonder comme avant l'opération.

L'infection vésicale, qui avait rétrocedé, réapparut, et je dus, plus d'un an après, ouvrir de nouveau la vessie pour extraire un calcul plus gros que le premier.

Cette récurrence calculuse doit être attribuée moins à l'évacuation incomplète des urines qu'à l'infection vésicale que le malade ne sut pas prévenir et combattre par des lavages suffisants.

OBSERVATION VI.

(Professeur ROCHET, de Lyon.)

B... (J.), 67 ans, est envoyé à l'hôpital le 8 septembre 1908 par son médecin parce qu'il urine par regorgement. Les troubles urinaires ont débuté il y a quinze jours par quelques picotements. Quelques jours après, rétention complète et sondages.

Depuis, la miction ne s'est pas rétablie, et il urine par regorgement.

Sa prostate est volumineuse, lisse, arrondie; la vessie soulève la

paroi abdominale et remonte jusqu'à l'ombilic; les urines sont claires.

La prostate est enlevée le 23 septembre; les suites de l'opération ne présentent rien de particulier, mais le malade conserve une fistule sus-pubienne.

Le 26 mai 1909, l'examen révèle un calcul vésical. Le 6 juin, le trajet fistuleux est agrandi, puis, avec une curette, on ramène un calcul du volume d'une amande adhérent à la muqueuse et d'autres plus petits.

En sectionnant le gros calcul, on trouve en son milieu quelques fils.

Les suites opératoires furent des plus simples : le malade put quitter l'hôpital le 9 juillet.

OBSERVATION VII.

(DE POUSSON, de Bordeaux.)

Malade présentant l'histoire suivante : hématuries à caractères d'hématuries néoplasiques; au cours d'une de ces hématuries, rétention aiguë complète, à la suite de laquelle le malade se met au régime de la sonde. Explorations vésicales répétées, faites par divers chirurgiens pour rechercher l'origine des hématuries. Point de calculs; on sent seulement une grosse prostate. Quatre ans après le début des accidents, une exploration me fait percevoir une grosse pierre et une volumineuse saillie prostatique. Cystostomie : je trouve un gros calcul urique, aplati, de 6 centimètres sur 4, enchâssé derrière la prostate, exubérante, et formant une tumeur lobulée qui circonscrit en fer à cheval l'embouchure de l'urètre. Je résèque cette tumeur et déblaie le col de la vessie à la pince coupante. Le malade, guéri sans incident de son opération, fut obligé de reprendre les sondages, et, malgré de petits lavages vésicaux très régulièrement pratiqués, il rendit spontanément de petits calculs; je dus même en broyer un du volume d'un petit haricot dans une séance de lithotritie onze mois après la prostatectomie.

L'état diathésique du malade, arthritique et gros mangeur, nous explique l'origine de ces concrétions calculeuses.

OBSERVATION VIII.

(DE CATHELIN.)

Un premier malade, âgé de 67 ans, lithotritié il y a trois ans par Desnos, conservait des douleurs résultant de la présence de quatre petits calculs cachés derrière une prostate qui laissait persister un résidu d'une centaine de grammes. Les urines étaient louches, mais non odorantes, et les mictions nocturnes fréquentes : quatre à cinq fois.

Je fis à ce malade la prostatectomie périnéale en 1906. Il n'y eut aucun accident, et je retirai quatre petits calculs anguleux.

La guérison se fit rapidement. J'enlevai la sonde le dix-septième jour, et le malade urina facilement sans incontinence et sans fistules.

Or, ce malade se plaignit un an et demi après de douleurs au col de la vessie avec sensation de poids et d'arrêt brusque du jet dans la position droite. Il urinait au contraire très bien couché.

Je l'explore de nouveau : je lui découvre un gros calcul de 2 cm. 5, que je lithotritie sans incident.

Il est bien évident que ce malade devra soigner sa vessie s'il veut éviter la formation de nouveaux calculs.

OBSERVATION IX.

(DE CATHELIN.)

Un second malade m'avait été adressé en 1907 avec tous les signes de calculose vésicale.

Âgé de 59 ans, je lui propose la prostatectomie et je lui enlève 32 calculs par la même occasion.

Il guérit sans incident, mais je viens de lui briser de nouveau deux énormes calculs, de 3 centimètres chacun, dont la rapidité de croissance reste même pour nous un sujet d'étonnement.

CONCLUSIONS

I. — La lithiase vésicale secondaire à la prostatectomie est un accident plus ou moins éloigné et assez fréquent après cette opération.

II. — La cause essentielle, nécessaire et suffisante de cette complication est l'infection.

Infection existant avant l'opération ou postérieure à elle.

III. — Les causes adjuvantes proviennent de l'opération : présence de débris de compresses, de caillots sanguins, formant les noyaux d'origine des calculs.

IV. — La symptomatologie n'en est pas très nette, et tout prostatectomisé présentant des signes de cystite devra être l'objet d'un cathétérisme explorateur.

V. — Le traitement à faire varie avec la grosseur et avec la situation du calcul.

Pour les gros calculs, la taille; pour les petits, la lithotritie.

L'opérabilité par lithotritie est presque illimitée et peut être acceptée comme une règle.

Le traitement préventif consiste en une désinfection vésicale chez les prostatectomisés et en précautions opératoires et postopératoires.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

BORDEAUX, le 2 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AXENFELD. — Bericht über 630 stationar behandelte stenikranke.
Arch. f. Klin. chir., 1899, vol. LX, p. 669.
- AZOULAY. — Les calculs vésicaux chez les prostatiques. Calculs secondaires à la prostatectomie. Thèse Paris, 1918.
- CATHELIN. — Pourquoi la lithotritie est-elle supérieure à la taille?
Journal des praticiens, 18 août 1908.
- Rétention vésicale par lobe médian avec calculs. *Paris chir.*, 1910.
- Les indications et contre-indications de la lithotritie, *Revue générale chirurgie*, 1907.
- La conception moderne du traitement des calculs vésicaux.
Revue générale chirurgie, 1912.
- CAUTERMAN. — Rapport à la Société médico-chirurgicale d'Anvers, 18 juin 1909.
- DACHEUX. — La lithotritie des calculs géants. Thèse Paris, 1909.
- DELAFOSSÉ. — Deux observations de calculeux traités l'un par la lithotritie rapide, l'autre par la taille périnéale médico-bilatérale; réflexions. *Bull. Soc. de méd. de Paris*, 1884-1885, XIX.
- FOUDLER. — Calculs vésicaux et prostatiques compliquant une prostatectomie sus-pubienne. *American journal of Surgery*, n° spécial d'urologie, vol. XXVII, n° 4, avril 1913, p. 156 à 160.
- FREYER. — Statistique portant sur 995 prostatectomisés. III^e Congrès brit. méd. Assoc., 1912.
- GONZLÈS REGINO. — Résultats éloignés de la prostatectomie. Rapport au Congrès international d'urologie, 1911.

- GUIARD (F.-P.). — Les calculs phosphatiques de la vessie, étude clinique et thérapeutique. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1904.
- GUYON (F.). — Du diagnostic des calculs vésicaux. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1904.
- GUYON (F.). et MOREAU (P.). — Technique illustrée de la lithotritie. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1900.
- HAMONIC (P.). — Ma statistique opératoire de prostatectomie, mes résultats éloignés. *Rev. clin. d'androl. et de gyn.*, Paris, 1905, XI.
- HARRISSON (R.). — Prostatectomy and bladder stone. Hospital Lond., 1907-1908.
- HYMANS. — La vessie normale et ses sphincters; leurs modifications après prostatectomie sus-pubienne. *Ann. of Surg.*, avril 1914, t. LIX.
- LEGUEU. — Maladies de la vessie. Article du *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, t. IX.
- Taille périnéale et prostatectomie. *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1904.
- Les indications de la lithotritie. *Mouvement médical*, 1913.
- LE MEAUX. — Les calculs vésicaux à symptômes funestes. Thèse Bordeaux, 1911.
- Calculs secondaires à la loge prostatique après prostatectomie. Association française d'urologie.
- LÉVY. — Notes sur 378 interventions pour calculs urinaires. *Journ. d'urologie*, 1924.
- LOUMEAU. — Calculs uréthro-prostatiques consécutifs à l'opération de Freyer. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, 15 mai 1912.
- Prostatiques et calculeux. Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 12 juill. 1912.
- MARION. — Prostatectomie sus-pubienne, indication, technique et soins postopératoires. *Presse médicale*, Paris, 1909, XVII.
- Symptômes et diagnostic des calculs vésicaux. *Rev. gén. chir.* thèse, 1912.
- De la cystoscopie dans les calculs vésicaux. *Journal d'urologie*, 1913.

- MOORE (J.-E.). — Complication and Segnels of prostatectomy. *Ann. of Surg. Phila*, 1904, XXXIX.
- PASTEAU (O.). — Etude sur les calculs de la prostate; anatomie pathologique et pathogénie. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1901.
- PARONE. — Sur la récidence des calculs vésicaux. *Rev. clin. d'urol.*, 1904.
- PAUCHET. — Résultats de 207 prostatectomies. Rapport du Congrès international d'urologie, juill. 1911.
- PLAYER (L.-P.). — Le traitement postopératoire de la prostatectomie. *The journal of the american méd. Assoc. of Chicago*, vol. XCIII, n° 18, 2 nov. 1929.
- POUSSON. — Classification des calculs urinaires, leur fréquence relative; résumé synoptique des principaux caractères de leur variété clinique. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1887.
- 'Association française d'urologie. XX^e Session annuelle à Paris, 6 oct. 1920.
- PROUST. — Les résultats éloignés de la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. *Journal de chirurgie*, 1911.
- SALMONT. — Conditions nouvelles du traitement des calculs vésicaux. Thèse Paris, 1913.
- THÉVENOT. — Les calculs vésicaux après la prostatectomie sus-pubienne. *Rev. clin. d'urol.*, 1912.
- SCHACHNER (A.). — Prostatectomy and calculs. *Louisville Month. S. M. et S.*, 1903-1904.
- YOUNG HAMPTON (de Baltimore). — Le cancer de la prostate. Analyse clinique, anatomo-pathologique et postopératoire de 111 observations. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1910 (obs. I).

